



EVALUACIÓN MÉDICA / PRECOMPETITIVA

APELLIDO/S: _____ NOMBRE/S: _____ D.N.I.: _____

FECHA DE NACIMIENTO: / / N° DE SOCIO: _____ TELÉFONO PART. _____

TEL. EMERGENCIAS 1 _____ TEL. EMERGENCIAS 2 _____ GRUPO SANGUÍNEO: _____

COBERTURA MÉDICA: _____ NÚMERO DE SOCIO: _____

DEPORTE/S QUE REALIZA: _____ TIPO DE ACT. FÍSICA QUE REALIZA: NINGUNA RECREATIVA COMPETITIVA

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES

	SI	NO	DETALLE EN CASO DE SER NECESARIO
HTA			
Displemia			
Tabaquismo			
Ant. Heredo Fliares.			
Diabetes			
Obesidad			
Chagas			
Infarto de Miocardio			
Angioplastias Coronarias			
Cirurgias Cardiacas			
Asma			
Marcapaso definitivo			

ANTECEDENTES TRAUMATOLÓGICOS

	SI	NO	DETALLE EN CASO DE SER NECESARIO
Fracturas			
Esguinces			
Otros			

ANTECEDENTES NEUROLÓGICOS

	SI	NO	DETALLE EN CASO DE SER NECESARIO
ACV			
Convulsiones			
Otros			

OTROS ANTECEDENTES

MEDICACIÓN HABITUAL

ALERGIAS

ELECTROCARDIOGRAMA

	SI	NO	DETALLE EN CASO DE SER NECESARIO
Normal			
Anormal			

ECOCARDIOGRAMA DOPPLER COLOR: (Obligatorio a partir de los 15 años si nunca se hizo el estudio o en caso de ser necesario)

	SI	NO	DETALLE EN CASO DE SER NECESARIO
Normal			
Anormal			

ERGOMETRÍA DE 12 DERIVACIONES O ECOCARDIOGRAMA ESTRÉS (obligatorio de 15 años en adelante)

	SI	NO	DETALLE EN CASO DE SER NECESARIO
Normal			
Anormal			

CÁMARA GAMA: (según factores de riesgo coronario e indicación de su médico)

	SI	NO	DETALLE EN CASO DE SER NECESARIO
Normal			
Anormal			

Certifico que _____ DNI: _____

se encuentra apto/a para realizar actividad física competitiva / recreativa FECHA: / /

FIRMA PROF. MÉDICO _____ SELLO: _____ MATRÍCULA N° : _____

SEGÚN MI/NUUESTRO LEAL CONSENTIMIENTO AUTORIZO/AUTORIZAMOS A NUESTRA HIJA/O A REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA COMPETITIVA/RECREATIVA Y PARTICIPAR DE LAS ACTIVIDADES DE LOS DIFERENTES DEPARTAMENTOS DENTRO O PARA LA SOCIEDAD HEBRAICA ARGENTINA

Firma _____ DNI: _____ Firma _____ DNI: _____

Aclaración: _____ Aclaración: _____